

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – D'ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes fonctionnaire territorial, stagiaire ou titulaire CNRACL et êtes victime d'un accident de service ou de trajet. En vertu des articles 37-2 et 37-3 du décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, il convient d'adresser par tout moyen à l'autorité territoriale et notamment au service ressources humaines de la collectivité ou de l'établissement public une déclaration d'accident de service ou de trajet dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident, une déclaration d'accident comportant :

- le présent formulaire précisant les circonstances de l'accident ;
- un certificat médical indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant.

Si l'accident entraîne un arrêt de travail, le certificat médical doit être transmis à l'autorité territoriale dans un délai de 48 h 00 suivant son établissement.

Dans un souci d'harmonisation des pratiques, le présent formulaire peut également être utilisé par les agents publics IRCANTEC (fonctionnaire territorial < 28h hebdo et agent contractuel de droit public), afin de satisfaire à leur obligation de déclaration d'accident du travail.

**Page à compléter et à transmettre au service des ressources humaines de la collectivité/établissement public.
Ne pas oublier de joindre un certificat médical.**

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU D'ACCIDENT DE TRAJET

INFORMATIONS RELATIVES À LA VICTIME

Informations personnelles

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Téléphone personnel :

Mail personnel : @

Coordonnées administratives

Nom de la collectivité/de l'établissement public :

Nom du service d'affectation :

Adresse :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel : @

Statut et catégorie de l'agent

Stagiaire Titulaire Contractuel

A B C

Cadre d'emplois :

Grade :

DHS : Temps non complet Temps partiel, quotité : %

Précisez les jours travaillés :

Métier/fonctions :

Date d'entrée en poste :

Activité habituelle :

Terrain Bureau Atelier Autre :

INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident : h

Horaires de travail le jour de l'accident :.....

Horaires habituels (*si différents des horaires du jour de l'accident, expliquer*) :

.....
.....
.....

Lieu précis de l'accident (*coordonnées et localisation au sein de l'espace de travail, si l'accident a eu lieu en dehors du lieu habituel d'exercice des fonctions : nom et adresse de l'établissement ou éléments de localisation*) :

.....
.....
.....

Préciser s'il s'agit (*plusieurs réponses possibles*) :

- Lieu de travail habituel
- Lieu de travail occasionnel (*ex : lieu de formation*)
- Lieu de restauration habituel
- Lieu de télétravail
- Accident de la circulation routière (*à cocher pour tout accident sur la voie publique impliquant un véhicule roulant : automobile, moto, vélo, trottinette, etc.*)
- Au cours du trajet domicile/lieu de travail
- Au cours d'une mission pour l'employeur (*ex : réunion extérieure, ou dans le cadre d'un ordre de mission*)
- Au cours du trajet lieu de restauration habituel/lieu de travail

Activité de la victime lors de l'accident (*tâche exécutée au moment de l'accident*) :

.....
.....
.....
.....

Description de la nature de l'accident (*ex : chute, agression, etc.*) :

.....
.....
.....

Objet dont le contact a blessé la victime (*ex : matériau, outil, véhicule, etc.*) :

.....
.....

Témoins éventuels : Oui Non (*si non, indiquer les coordonnées de la première personne informée de la survenance de l'accident*)

Nom/prénom/qualité (*adresse si externe à l'administration*) :

.....
.....
.....

Accident causé par un tiers : Oui Non

Nom/prénom/adresse du tiers (*si connu*) :

.....
.....
.....

Société d'assurance du tiers (*si connu*) :

.....

Conséquences de l'accident

Nature des lésions médicalement constatées :

En cas de décès immédiat, le préciser dans la rubrique « autres ».

- Plaie/blessure
- Fracture
- Amputation
- Commotion/traumatisme
- Asphyxie/noyade
- Luxation/entorse/foulure
- Brûlure/gelure
- Choc (*chocs consécutifs à des agressions, menaces, chocs traumatiques ou chocs post-traumatiques*)
- Empoisonnement/infection
- Effets de température, de lumières, de radiations
- Effets du bruit, des vibrations, de la pression (*perte auditive aiguë, barotraumatisme...*)
- Blessures multiples
- Autres (à préciser) :

.....
.....

Siège des lésions (*indiquer l'endroit du corps qui a été atteint : tête, membres, yeux, etc., préciser s'il y a lieu, droite ou gauche. En cas de divergence avec le certificat médical, seul ce dernier fait foi*) :

.....
.....

Pièces jointes

- Certificat médical (*obligatoire même sans prescription d'arrêt de travail*)
- Témoignages écrits
- Rapport de police/gendarmerie/pompiers
- Dépôt de plainte
- Constat amiable
- Ordre de mission
- Bulletin d'hospitalisation
- Plans (*pour les accidents de trajet, joindre un plan indiquant l'itinéraire emprunté, préciser le lieu de départ et d'arrivée, le parcours habituel s'il est différent de l'endroit où l'accident s'est produit*)
- Autres (*à préciser*) :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) (*prénom et nom*) :

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à : Le (*date de la déclaration*) :

Signature de l'agent ou de son représentant s'il y a lieu :